

ORDEN DE COMPRA No.121

FECHA: 05 DE FEBRERO 2016

SEÑORES: **DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MEDICOS, S.A. DE C.V. TELÉFONO: 2225-2925, FAX: 2226-3060** **NIT: 0614-300491-101-3**

FACTURAR A NOMBRE DE: **HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM**

FORMA DE PAGO: **CREDITO**

DESPACHAR A: **ALMACEN DE MEDICAMENTOS**

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE: **HORARIO DE ATENCIÓN DE 7:30 A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM**

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	SUERO TIPEADOR MONOCLONAL ANTI-FYA, FCO. TRANSP. (2 COT.)	C/U	\$ 47.15	\$ 47.15
3	PEPEZYME PLUS 10 ML. (2 COT.)	C/U	\$ 9.00	\$ 27.00
<p>ENTREGA: DEPENDIENDO DE AUTORIZACION DE LA DNM</p> <p>MARCA: LORNE, ORIGEN: INGLATERRA</p> <p>SOLICITUD: 107, 112/2016, AM : 03, 08/2016</p> <p>USO: BANCO DE SANGRE</p> <p>Nota: Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota a LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al hospital para que se les cancele vía electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.</p>				
SO.			TOTAL...	\$74.15

2016/02/16 5:50 PM

SEÑOR PROVEEDOR: AL RECIBIR ESTA ORDEN DE COMPRA SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE

1. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
2. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
3. Favor mencionar el número de la Orden de compra

EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
17/02/16	\$74.15	54113	<i>[Firma]</i>	 <i>18/2/2016</i> ADMINISTRACIÓN